

Antecedentes y comorbilidades presentes en un grupo de pacientes ingresados por accidente cerebrovascular

Antecedents and comorbidities present in a group of patients admitted for stroke

Autores: Estela Hernández-Bello (1), Lorena Castellot-Perales (2), Eduardo Martínez-Pérez (3).

Dirección de contacto: estelahbello@gmail.com

Fecha recepción: 29/12/2016

Aceptado para su publicación: 08/03/2017

Fecha de la versión definitiva: 19/06/2017

Resumen

Introducción. Los accidentes cerebrovasculares representan una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo, y se prevé que su impacto vaya en aumento en los próximos años. El objetivo principal para poder actuar sobre los factores de riesgo del accidente cerebrovascular es la educación sanitaria a la población, modificando los estilos de vida. **Métodos.** Estudio descriptivo transversal en pacientes ingresados por accidente cerebrovascular en la unidad de Neurología-ICTUS del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" durante febrero a mayo de 2016, con el objetivo de describir la frecuencia de otras patologías concomitantes, en especial aquellas consideradas como factores de riesgo. **Resultados.** La población final estuvo formada por 87 pacientes, con una edad media de 73,44 años, siendo 55 hombres (63,2%). El 67,8% (59 sujetos) presentaban hipertensión arterial previa, el 18,4% (16 pacientes) tenían un diagnóstico previo de fibrilación auricular, el 27,6% presentaban dislipemia. En relación a la diabetes, se encontró que el 29,9% (26 sujetos) tenían diagnóstico del tipo 2, y sólo un 2,3% (2 sujetos) del tipo 1. **Discusión.** La mortalidad en nuestro estudio fue relativamente baja (14,9%), lo cual evidencia que uno de los principales problemas de los accidentes cerebrovasculares no es la mortalidad en sí, sino las consecuencias de dependencia derivadas de esta patología. Los factores de riesgo susceptibles de mejorar e incluso desaparecer si se lleva a cabo una modificación conductual y del estilo de vida, evidenciados en este estudio, son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la dislipemia, Diabetes Mellitus tipo II, tabaquismo y la adicción al alcohol, principalmente.

Palabras clave

Accidente Cerebrovascular; Factores de riesgo; Estilo de vida; Educación en salud; Educación en Enfermería.

Abstract

Introduction. Stroke are one of the main causes of mortality of disability around the world. It is foreseen that its impact will be increased in the next years. Health education is the main tool to prevent and control risk factors, mainly through modifying lifestyles. **Methods.** A descriptive cross-sectional study was performed in patients admitted for stroke in the Neurology-ICTUS unit of the "Lozano Blesa" Clinical Hospital in Zaragoza (Spain) from February to May 2016, in order to describe the frequency of other concomitant conditions that can be considered as risk factors. **Results.** The final population consisted of 87 patients, with a mean age of 73.44 years, being 55 men. 67.8% presented hypertension prior, 18.4% (16 patients) had a previous diagnosis of atrial fibrillation, 27.6% had dyslipidemia. Regarding diabetes, 29.9% (26 subjects) were diagnosed as type 2, and only 2.3% (2 subjects) of type 1. **Discussion.** The mortality in our study was relatively low (14.9%), which shows that one of the main problems of stroke is not the mortality itself, but the consequences of dependence derived from this pathology. Risk factors likely to improve or even disappear with a lifestyle modification are evidenced in this study are hypertension, hypercholesterolemia, dyslipidemia, type II diabetes mellitus, smoking and alcohol addiction, mainly.

Key words

Stroke; Risk Factors; Lifestyle; Health Education; Education Nursing.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Grado en Enfermería. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería. Máster Universitario en Gerontología Social. Doctoranda en Ciencias de la Salud y del Deporte (Universidad de Zaragoza). Enfermera Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza); (2) Grado en Enfermería y Máster Universitario en Gerontología Social (Universidad de Zaragoza). Enfermera Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza); (3) Grado en Enfermería, Universidad de Zaragoza (2012), Máster en Salud Pública, Universidad de Zaragoza (2015), Doctorando en Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza (2016), Enfermero en Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

INTRODUCCIÓN

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras fuentes revisadas, los accidentes cerebrales vasculares (ACV) representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la segunda de demencia y la primera de discapacidad física en las personas adultas (1-10). En España son la primera causa de muerte en mujeres ocurriendo 90.000 casos anuales aproximadamente (2, 11-14), produciéndose cada 6 minutos un nuevo caso (2). Se prevé que su impacto irá en aumento en los próximos años, por lo que es fundamental realizar actividades preventivas (9).

La OMS define ICTUS como un "síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte". El ICTUS es un tipo de enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos del sistema nervioso central de manera brusca, por hemorragia o por oclusión (2, 3). A su vez, sitúa la incidencia de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (15).

En el informe realizado por la fundación BBVA en 2007 para analizar geográficamente la mortalidad en España, se recoge que, por enfermedades cerebrovasculares, la mayor mortalidad en mujeres se presenta en la mitad sur del país: Extremadura, Andalucía, Región de Murcia, Comunitat Valenciana, sur de Castilla-La Mancha (Ciudad Real y Albacete). También destacan algunas provincias del noroeste: A Coruña, Lugo y Pontevedra. Las áreas con menor riesgo, se encuentran en las provincias de Guadalajara, Soria, Burgos, Segovia, La Rioja y Nordeste de Navarra. En el caso de los hombres, la distribución de mortalidad por ACV es igual, pero se añade la provincia de León. Las áreas de menor mortalidad están situadas en Madrid, Guadalajara, Soria, Segovia y Burgos (16).

La asistencia sanitaria de un ACV supone una importante labor asistencial por su morbimortalidad y su carga socioeconómica (12,17). En los últimos años se ha demostrado que la atención urgente y especializada en los ictus es eficaz, en concreto el llamado "código ictus", un sistema de selección y traslado urgente de pacientes que intenta que el tiempo de desplazamientos y exploraciones sea mínimo (1, 3, 7, 14, 18, 19). Cuando un paciente sufre un ictus, puede producirse una reperfusión espontánea, pero en general es tardía o insuficiente. Por ello, si durante las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas, tiempo denominado "ventana terapéutica", se administran fármacos fibrinolíticos vía

intravenosa que permiten acelerar el proceso endógeno de la trombolisis, se puede lograr la recuperación rápida del tejido isquémico evitando posibles secuelas, o revertir la lesión neurológica (7, 16, 20). De igual forma es importante la monitorización continua durante el ingreso, especialmente cardiaca, para el reconocimiento de anomalías relacionadas con el ACV, como es la fibrilación auricular, permitiendo administrar un tratamiento específico (21).

Muchas veces la demora en la búsqueda de atención y la tardanza en acudir a un centro sanitario tiene como responsable la falta de conocimiento de los síntomas y de la gravedad por parte de la población (14). Es primordial actuar en prevención conociendo los factores de riesgo del ACV. Estos se clasifican en modificables: consumo de alcohol y tabaco, dieta, exceso de peso, sedentarismo, hipertensión arterial, fibrilación auricular, hipercolesterolemia, enfermedades renales, diabetes, accidentes cerebrovasculares previos. Y no modificables: la edad, siendo más frecuente en personas mayores, sexo teniendo más riesgo los hombres, y antecedentes familiares (2, 4, 10, 22, 23). En la actualidad se ha definido el perfil de paciente de ACV como hombre, con ascendencia afroamericana y edad superior a los 65 años, con mayor incidencia en personas fumadoras en un 90%, sedentarias en un 55% y con sobrepeso en un 42,5% (6).

El ictus está estrechamente relacionado con complicaciones y patologías cardíacas. En la actualidad hay un aumento progresivo de ictus con etiología cardioembólica, influenciada por el envejecimiento de la población y la en el diagnóstico de arritmias embolígenas (19). La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común (24). Se asocia a un aumento de 4-5 veces el riesgo de ictus en todos los grupos de edad, y en pacientes que ya han sufrido un ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) presentan un aumento adicional de 2,5 veces el riesgo de ictus. Es un factor de riesgo independiente de mortalidad intrahospitalaria, está relacionado con un mayor déficit neurológico inicial más grave y, por ello, una discapacidad mayor (25). La insuficiencia cardíaca, la hipertensión arterial (HTA), edad avanzada y la diabetes mellitus son factores que, a su vez, aumentan el riesgo de ictus en pacientes con FA. La HTA es el factor de riesgo más importante vinculado al ictus (29). En España, concretamente, el riesgo de padecer un primer episodio de ictus en la población hipertensa es de 19,9% en 10 años (25, 26). Haber padecido un infarto agudo de miocardio (IAM) también aumenta el riesgo de ictus a corto y largo plazo, consecuencia del flujo sanguíneo tur-

bulento y estasis asociada (27). Las enfermedades renales y la diabetes, son dos de las patologías crónicas más frecuentes que se presentan como factores de riesgo para sufrir un ACV, o bien, como comorbilidades de la misma. El descenso de la función renal se asocia de forma significativa con un mayor riesgo cardiovascular y, a su vez, las complicaciones cardiovasculares en pacientes en diálisis, son causa de mortalidad en la mitad de los casos (28). La prevalencia de diabetes en España está alrededor de un 4% (29), existiendo una relación entre los diabéticos tipo II de 2 a 4 veces superior al resto de la población (30). Una de las funciones de los equipos de Atención Primaria es el control de pacientes con alto riesgo vascular, como los citados anteriormente, fomentando un seguimiento activo y mejorando el tratamiento terapéutico que reduzca la incidencia de ictus (31).

Las complicaciones potenciales post-ACV son numerosas y conllevan la presencia de déficits neurológicos, que se evidencia en el deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Al menos 2/3 de los supervivientes de un ACV resultan permanentemente afectados con algún grado de discapacidad haciéndose dependientes para hablar, deambular, ver, oír, y para ejercer sus actividades básicas de la vida diaria, resultado de la asimetría corporal y el desequilibrio postural (6). El impacto económico producido por esta enfermedad es también una de las más devastadoras para la medicina, por la prolongada hospitalización que requieren estos pacientes durante su recuperación con un tratamiento rehabilitador, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia (8, 32). De igual manera se ha registrado un aumento de trastornos del sueño en aquellas personas que han padecido ictus (33). La actuación precoz en el manejo de ACV así como la eficacia de los tratamientos, da como resultado una mortalidad intrahospitalaria baja, debido al enfoque multidisciplinar (34).

El objetivo principal para poder actuar sobre los factores de riesgo del ACV es la educación sanitaria a la población modificando los estilos de vida haciendo hincapié en la dieta equilibrada que evite el sobrepeso y la obesidad, o actividades preventivas para evitar el consumo de alcohol y tabaco para así disminuir la carga de morbimortalidad (2, 6, 10, 26, 35, 36). Fundamental es llevar un control y seguimiento de la HTA, así como de los tratamientos con estatinas, antiagregantes y anticoagulantes (13, 26, 37-42).

Por lo tanto se requiere de un equipo multidisciplinar. En la continuidad de cuidados entra el juego el papel de los profesionales de enfermería como líderes de un equipo de cuidado eficaz, en relación

con el paradigma transformacional, definido por Kérouac en 1996, y que señala la importancia del cuidado de la persona en continua interacción con su entorno (9, 43). Es primordial desarrollar actividades formativas del profesional enfermero para capacitar a la población de la prevención y mejora de su nivel de salud (44, 45).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal en pacientes ingresados por ACV en la unidad de Neurología-ICTUS del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) durante los meses febrero a mayo de 2016 con el objetivo de describir la frecuencia de otras patologías concomitantes, en especial aquellas consideradas como factores de riesgo para padecer un ACV.

Población de estudio

Se incluyeron todos los pacientes ingresados con diagnóstico de ACV en la unidad de hospitalización de Neurología, en el período comprendido sin hacer ninguna exclusión, un total de 87 pacientes. Fueron seleccionados a través de datos clínicos obtenidos por revisión de las Historias Clínicas en formato papel y electrónico, ya que en el HCULB se combinan ambos sistemas.

Variables a estudio

Se recogieron todos los datos sociodemográficos y clínicos de los 87 pacientes ingresados con diagnóstico de ACV en el período delimitado del estudio.

Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó con la versión 21 del programa SPSS®. Se realizó un análisis descriptivo univariante, y un estudio bivariante que observó la posible relación entre dos variables cualitativas con la prueba de Chi-Cuadrado, calculando un intervalo de confianza al 95% para todas las variables

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por la Dirección médica y de enfermería del hospital, con consentimiento de la Comisión de Calidad e Investigación, y el permiso de la Supervisora y Jefa de Servicio de la unidad de Neurología del mismo, cumpliendo los aspectos éticos de protección de datos reglamentados por la Ley Orgánica 15/1999 y posteriores modificaciones.

RESULTADOS

La población final estuvo formada por 87 pacientes, con una edad media de 73,44 años (DT 12,526), siendo 55 (63,2%) hombres y 32 (36,8%) mujeres.

El ACV más frecuente en nuestros pacientes fue el de origen isquémico con 57 casos (65,5%). En

cuanto al índice de Barthel, 40 sujetos (46%) presentaron una dependencia leve para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) con una puntuación media de 58,05 en el test (DT 31,266). La mayoría de pacientes, 73 (83,9%) no tenían antecedentes de ACV. Sólo 13 sujetos (14,9%) fallecieron durante su ingreso hospitalario en nuestra unidad, por causas relacionadas con el ACV u otras (**tabla 1**).

	VARIABLES	N (%)	Media T*	±	Moda	Mín. - Máx.
VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS	EDAD					
	<65	23 (26,4%)				
	66-75	23 (26,4%)	73,44 ±		85	29-100
	76-85	29 (33,3%)	12,526			
	>86	12 (13,8%)				
	SEXO					
	Mujer	32 (36,8%)				
	Hombre	55 (63,2%)				
VARIABLES CLÍNICAS	DIAGNÓSTICOS					
	ACV Hemorrágico	20 (23%)				
	ACV Isquémico	57 (65,5%)				
	AIT	10 (11,5%)				
	ÍNDICE DE BARTHEL					
	Dependencia total	12 (13,7%)				
	Dependencia grave	11 (12,6%)				
	Dependencia moderada	16 (18,4%)	58,05 ±		90	0-100
	Dependencia leve	40 (46%)	31,266			
	Autónomo	8 (9,2%)				
	ACV previo					
		Sí	14 (16,1%)			
	No	73 (83,9%)				
EXITUS						
	Sí	13 (14,9%)				
	No	74 (85,1%)				

Tabla 1. Descripción población estudio N=87. *DT = Desviación Típica

Respecto a las enfermedades que han sido consideradas como las más prevalentes y factores de

riesgo para padecer un ACV, encontramos diferentes porcentajes en nuestros pacientes. (**tabla 2**)

VARIABLES CONSIDERADAS "FACTORES DE RIESGO"	VARIABLE	N (%)	
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
	Sí	59 (67,8%)	
	No	28 (32,2%)	
	Ac x Fa		
	Sí	16 (18,4%)	
	No	71 (81,6%)	
	HIPERCOLESTEROLEMIA		
	Sí	6 (6,9%)	
	No	81 (93,1%)	
	DISLIPEMIA		
	Sí	24 (27,6%)	
	No	63 (72,4%)	
	DIABETES MELLITUS TIPO II		
	Sí	26 (29,9%)	
No	61 (70,1%)		
DIABETES TIPO I			
Sí	2 (2,3%)		
No	85 (97,7%)		
TABAQUISMO			
Sí	6 (6,9%)		
No	81 (93,1%)		
ENOLISMO			
Sí	3 (3,4%)		
No	84 (96,6%)		
OBESIDAD			
Sí	4 (4,6%)		
No	83 (95,4%)		

Tabla 2. Variables consideradas como "Factores de riesgo" presentes en los pacientes del estudio (N=87)

En cuanto a las patologías presentadas por nuestros pacientes que no han sido consideradas como "factores de riesgo" en la población general para padecer un ACV, encontramos 45 enfermedades diferentes, que hemos clasificado según especialidad afectada en: enfermedades del sistema circulatorio: isquemia arterial, insuficiencia cardiaca, infarto agudo de miocardio, insuficiencia venosa crónica, arteritis arterial, aneurisma aórtico, angina y bradicardia; enfermedades reumáticas: artritis, artrosis, fiebre reumática; enfermedades mentales; depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia paranoide, autolisis; enfermedades hematológicas: anemia, linfoma de Hodking, talasemia, hipoplasia medular, hipocromatosis; enfermedades del tracto urinario: hiperplasia benigna de próstata, adenoma de próstata, insuficiencia renal crónica, incontinencia urinaria; enfermedades oftalmológicas: glaucoma, cataratas; enfermedades endocrinas: tiroides, bocio; enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstruc-

tiva crónica (EPOC), lobectomía pulmón, síndrome apnea obstructiva del sueño, tromboembolismo pulmonar; patologías relacionadas con el envejecimiento como: demencia, osteoporosis e hipoacusia; y otras como: hernia, polineuropatía, herpes zoster, úlcus péptico, diverticulosis colón, gastritis crónica, hiperuricemia, traumatismo craneoencefálico, síndrome vertiginoso y retraso mental.

Para conocer la posible relación entre el ACV (variable diagnóstico) y el resto de variables sociodemográficas, y antecedentes clínicos de todos los pacientes del presente estudio, se establecen relaciones bivariadas con la prueba de Chi cuadrado, obteniendo sólo relaciones significativas con las variables Índice de Barthel ($p=0,001$), ACV previo ($p=0,022$), hiperplasia benigna de próstata ($p=0,006$) y Angina ($p=0,02$). Se puede observar que con algunas variables, el p valor aun dando un resultado de no significancia estadística, no di-

fiere mucho del límite para considerarse como tal ($<0,005$) debido al intervalo de confianza considerado al 95%. Estas son las variables edad ($p=0,064$), exitus ($p=0,06$), por lo que se podría establecer que la relación es clínicamente relevante pero estadísticamente no significativa.

DISCUSIÓN

El presente estudio evalúa los factores asociados y antecedentes de un grupo de pacientes ingresados por ACV.

La mayoría de sujetos fueron hombres (63,2%), como ocurre en varios artículos (6, 8, 18, 22, 28) e ingresaron por ACV de origen isquémico (65,5%), también el más frecuente en la bibliografía estudiada (6-8, 22, 28) incluso presentando proporciones mucho más elevadas como en el estudio de De Figueiredo (83,6%) (6) y Curto Prada (87%) (7). Un alto porcentaje de nuestros pacientes (83,9%) no habían presentado ACV previo, al contrario que De Figueiro et. al. (6) donde el 72,1% de su población había presentado previamente algún episodio de ACV o AIT o Sanclémente et. al. cuya cifra fue 30,5% (22).

Los factores de riesgo susceptibles de mejorar e incluso desaparecer si se lleva a cabo una modificación conductual y del estilo de vida, evidenciados en este estudio, son la HTA (67,8%), la hipercolesterolemia (6,9%), la dislipemia (27,6%), Diabetes Mellitus tipo II (29,9%), el tabaquismo (6,9%) y enoslimo (3,4%), principalmente (35). Además, y en estrecha relación, encontramos que la obesidad fue presentada por un 4,6% de los sujetos, cifra muy baja en comparación con otros estudios similares (6, 10). En general, se encuentran cifras de incidencia de los factores de riesgo citados más elevadas a la nuestra. Destaca la HTA donde encontramos incidencias de 70,5% (6), 82,1% (28) y 85,9% (40). La magnitud del riesgo de ictus en hipertensos españoles en seguimiento en AP es que 1 de cada 3 hipertensos tienen un riesgo superior al 20% y más de la mitad un riesgo superior al 15% (12). La dislipemia también fue presentada por muchos pacientes en varios estudios como factor de riesgo con elevadas cifras: 70,5% (6), 49,2% (40). El otro gran factor de riesgo es la diabetes mellitus, también encontrada en cifras muy superiores a las presentes, con incidencias que fueron desde el 22% hasta el 40,4% (22, 28, 40, 43). Estudiando el efecto del ictus-diabetes en el sentido contrario, Zafra Mezcuca et. al. concluyeron que en sus pacientes, el 10% de los diabéticos habían sufrido un ACV (29).

Uno de los puntos clave en la prevención de enfermedades cardiovasculares es la dieta. El estudio PREDIMED (23) ha demostrado que el seguimiento de una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos (nueces, avellanas y almendras) reduce en un 30% el riesgo relativo de sufrir una complicación cardiovascular en pacientes asintomáticos con alto riesgo vascular, en comparación con una dieta baja en todo tipo de grasa. El seguimiento de una correcta dieta influye en la reducción y control de la HTA, la obesidad, la hipercolesterolemia y la dislipemia, con lo cual los factores de riesgo se reducirían de manera considerable (35). Asimismo, destacar la importancia de la utilización del seguimiento activo en Atención Primaria (AP) en el control de los pacientes de alto riesgo vascular, como herramienta del proceso asistencial para reducir el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular (31). El seguimiento controlado de un tratamiento con estatinas se ha demostrado que es capaz de reducir en un 36% los ictus producidos por HTA (17).

Encontramos también que la enfermedad relacionada con el sistema respiratorio con mayor prevalencia es el EPOC (8%), cuyos factores de riesgo también están estrechamente relacionados con lo mencionado anteriormente; por tanto, al reducir factores como la obesidad o tabaquismo también reduciríamos la aparición de la misma.

Atendiendo a los hábitos tóxicos, habría resultado enriquecedor el conocer cuántos de los pacientes habían sido fumadores en el pasado, no únicamente cuales fumaban actualmente. Quizá los datos respecto al tabaco habrían resultado de otra manera. Continuando con el factor de riesgo ligado a las adicciones, el estudio de Razvodovsky, 2014 (45) muestra que una política restrictiva con el consumo de alcohol puede ser considerada una medida eficaz en la prevención de los ACV.

La mortalidad en nuestro estudio fue relativamente baja (14,9%) y se corresponde con la de otros estudios consultados (34). Lo cual evidencia que uno de los principales problemas de los ACV no es la mortalidad en sí, sino las consecuencias de dependencia derivadas de esta patología. Al uso de esto, mencionar el estudio de Rodríguez et al. (2013), en el que se determinaba que el desarrollo de protocolos de manejo de ACV que permitan el acceso rápido a atención neurológica especializada, la disponibilidad de tratamientos eficaces y el mejor conocimiento de los factores asociados a mayor riesgo de mortalidad pueden contribuir a disminuir la importante carga sociosanitaria de este tipo de

enfermedad (34). Los pacientes del estudio de Durá Mata et. al. (32), tras haber sufrido un ictus isquémico, presentaron en un 60% déficit motor, 49% déficit sensitivo y 47% déficit de comunicación. Aún con todo, gran parte de nuestros pacientes (46%) presentaron una dependencia leve para las ABVD valorada durante el ingreso, con menor dependencia que otros estudios consultados (6).

Llama la atención que, sin ser factores de riesgo para padecer un ACV, encontramos en nuestros pacientes una prevalencia de 8% para la depresión y EPOC y de 6,9% para la Isquemia arterial e insuficiencia cardiaca. Cifras muy cercanas al tabaquismo, y superiores al enolismo, que siempre se han relacionado con los ACV.

En cuanto a la Fibrilación Auricular, como factor de riesgo para padecer un ACV, pero no modificable, en nuestros pacientes fue presentada por un 18,4%. Encontramos estudios con una incidencia de FA mucho menor a la nuestra (28), o que grandes porcentajes de pacientes (94,7%) desconocían padecer arritmias, entre ellas la FA, que fue la desencadenante del ACV padecido (7, 21). Por lo que de nuevo, se hace presente la necesidad en la prevención de factores de riesgo, incluso no modificables.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio, pese a que su muestra poblacional no es de gran tamaño, aporta información acerca de los factores de riesgo y antecedentes más comunes en personas que han sufrido un ACV, para en un futuro poder ser más específicos en relación a las actividades preventivas a realizar o focalizar los estudios clínicos hacia determinados factores de riesgo. Asimismo, también es importante continuar con registros y estudios clínicos como el nuestro para poder seguir determinando la evolución de esta patología crónica de nuestra sociedad y además poderlos utilizar como herramienta para realizar controles de calidad de los cuidados.

Como futuras líneas de investigación, sería interesante realizar estudios en relación a la mortalidad causada por los accidentes cerebrovasculares y la calidad de vida consecuente de aquellas personas que no fallecen tras un ACV.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez Campello A, Cuadrado Godia E, Giralt Steinhauer E, Rodríguez Fernández E, Domínguez A, Romeral G, et. al. Detección de ictus intrahospitalario: evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a personal médico y de enfermería. *Neurología*. 2015; 30 (9): 529-35.

- Sorribes Capdevila M, Alzamora Sas MT, Vila Morientes N, Forés Raurell R, Vicheto Capdevila M, Heras Tebas A. Abordaje de los ictus: colaboración entre Atención Primaria y Especializada. *SEMERGEN*. 2005; 31(7): 314-8.
- Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Torral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. *Fundación de enfermería de Cantabria. Nuberos Científica*; 1 (7). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/fundacion-es/1112/3117?ntotal=16&pag> . [Consultado 28 de Enero de 2016].
- Cometto MC. Manejo de enfermería en el accidente cerebrovascular inicial. *Enfermería Global*. 2005; 7: 1-16.
- López Liria R, Fernández Alonso M, Vega Ramírez FA, Salido Campos MA, Padilla Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol* 2014; 58 (6): 259-67.
- De Figueiredo Carvalho ZM, Tirado Darder JJ, Silva DM, Bezerra Lima M, Costa de Freitas Mânica SJ, de Carvalho e Brito AM. Perfil de las personas ingresadas por ictus en una unidad de accidente vascular encefálico de Fortaleza-Brasil. *Enfermeriaintegral*; 104: 22-9.
- Curto Prada I, Gómez Gómez ML. Unidad de ictus: avance en el cuidado enfermera/paciente. *SEDENE* 2009; 30: 10-14.
- Kochol RA, Fernández LA, Ulloa MS, Kochol JA, Candia NN, Jáuregui MI. Accidente cerebrovascular. Prevalencia y mortalidad en un servicio de terapia intensiva. Universidad Nacional del Nordeste (UNNE, Argentina). Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/2002/03-Medicas/M-035.pdf> [Consultado el 21 de Noviembre de 2016]
- CEIPC. Adaptación española de la guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Aten Primaria* 2004; 34(8): 427-32.
- Chavez G, Brítez N, Maciel V, Klinkhof A, Mereles D. Prevalencia de factores de riesgo cardiovas-

- cular en una población adulta ambulatoria urbana: estudio AsuRiesgo, Paraguay. Rev. Panam Salud Pública. 2015; 38(2): 136-43
11. Ferrer Arnedo. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2014; 40 (1): 2-3.
 12. Banegas JR. Valoración del riesgo de ictus en pacientes con hipertensión arterial. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. 2005; 125 (7): 254-6.
 13. Díaz Guzmán J, Egido-Herrero JA, Gabriel Sánchez R, Barberá G, Fuentes B, Fernández Pérez et Al. Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. Rev. Neurol 2008; 47(12): 617-23.
 14. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Díaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2015; 41 (1): 15-21.
 15. Díaz Guzmán J. Ictus cardioembólico: epidemiología. Aplicaciones de dabigatrán en neurología. Neurología. Madrid. 2012; 27 (Supl 1): 4-9.
 16. Fundación BBVA. Estudio geográfico de la mortalidad en España. Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios. 2007.
 17. Castilla Guerra L, Fernández Moreno MC, Jiménez Hernández MD, López Chozas JM. Papel actual de las estatinas en la prevención del ictus. Rev. Clínica Esp. Sevilla 2007; 207(2): 83-5.
 18. Sánchez Ruedo M, Cano Rodríguez B, Lovillo Ramírez R. Activación del código ictus desde Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) en urgencias hospitalarias. Enfermería en práctica avanzada. Rev Paraninfo Digital 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/116p.php> [Consultado el 21 de Noviembre de 2016]
 19. Sánchez-Larsen Á, García-García J, Ayo-Martín O. ¿Se ha producido un cambio en la etiología del ictus isquémico en las últimas décadas? Análisis y comparación de una base de datos de ictus actual frente a las históricas. Neurología. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.003> [Consultado el 21 de Noviembre de 2016]
 20. Moreno Verdugo ML, Carmona Medina S. Formación enfermera en el Área de Urgencias para la inmediata detección de Código Ictus. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/325d.php> [Consultado el 29 de Noviembre de 2016]
 21. Vivanco Hidalgo RM, Rodríguez Campello A, Ois Santiago A, Cuadrado Godia E, Pont Sunyer C, Roquer J. Monitorización cardiaca en la unidad de ictus: importancia del diagnóstico de fibrilación auricular en el ictus isquémico agudo. Rev Esp Cardiología. 2009; 62(5): 564-7
 22. Sanclemente Ansó C, Pedragosa Vall A, Rovira Pujol E, Vigil Martín D. El ictus en manos del internista. Factores de riesgo cardiovascular. Rev Clin Esp. 2008; 208 (7): 339-46.
 23. Estruch R. Mortalidad cardiovascular: ¿cómo prevenirla? Revista Nefrología. 2014; 34(5):461-9.
 24. Guindo Soldevila J, Martínez Ruíz M.D, Duran Robert I. Evaluación de riesgo tromboembólico y hemorrágico de los pacientes con fibrilación auricular. Re. Esp. Cardiología Supl. 2013; 13(C): 9-13.
 25. Castilla-Guerra L, Fernández-Moreno MC, Romero-Tellado M, Álvarez-Suero J. Prevención primaria del ictus en el anciano: evidencias actuales en el tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Esp Geriatria y Gerontología. Sevilla. 2012; 47(3):119-24.
 26. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008; 358: 1887-98.
 27. Goldstein LB, El Hussein N. Neurología y cardiología: puntos de contacto. Rev Esp Cardiol. 2011; 64 (4): 319-27.
 28. Belmar L, de Francisco ALM, Bueno L, Piñera C, Monfá E, Kislikova M, et. al. Ictus en pacientes en hemodiálisis: incidencia, tiempo de aparición y factores asociados. Nefrología 2014; 34 (3): 347-52.
 29. Zafra Mezcua JA, Méndez Segovia JC, Novalbos Ruiz JP, Costa Alonso MJ, Faílde Martínez I. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. Atención Primaria, 2000; 25 (8).
 30. Tejada García J, Redondo Robles L. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en los pacientes con diabetes. Av Diabetología. 2010; 26:397-402.
 31. Tárraga López P.J, García-Norro Herreros F.J, Tárraga Marcos L, Solera Albero J. Interven-

- ción activa en la hipercolesterolemia de pacientes con riesgo cardiovascular alto de Atención Primaria; estudio ESPROCOL. *Nut Hosp.* 2015; 31(6): 2727-34.
32. Durà Mata MJ, Molleda Marzo M, García Almazán, Mallol Badellino J, Calderon Padilla V. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitación.* Madrid. 2011; 45(1): 18-23.
33. Ferre A, Ribó M, Rodríguez-Luna D, Romero O, Sampol G, Molina CA, et Al. Los ictus y su relación con el sueño y los trastornos del sueño. *Neurología.* 2013; 28(2): 103-118.
34. Rodríguez Lucci F, Pujol Lereis V, Ameriso S, Povedano D. Mortalidad Intrahospitalaria por Accidente Cerebrovascular. *Medicina.* 2013; 73 (4): 331-34.
35. Llibre-Guerra J.C, Valhuerdi Cepero A, Fernández Concepción O. Incidencia y factores de riesgo de ictus en La Habana y Matanzas, Cuba. *Neurología.* 2015; 30(8): 488-95.
36. Sánchez-Larsen A, García-García J, Ayo-Martín O. ¿Se ha producido un cambio en la etiología del ictus isquémico en las últimas décadas? Análisis y comparación de una base de datos de ictus actual frente a las históricas. *Neurología.* 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.003> [Consultado el 29 de Noviembre de 2016]
37. Tovar JL, Delgado P, Montaner J. Manejo de la hipertensión arterial en el ictus. *Nefroplus* 2010; 3(1):39-50
38. Fuentes B, Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT. Recomendaciones según subtipo etiológico. *Neurología.* 2014; 29 (3): 168-83.
39. Gil Nuñez A. Prevención del ictus cardioembólico. Aplicaciones de dabigatrán en neurología. *Neurología.* Madrid. 2012 (Supl 1). 15-26.
40. González Hernández A, Fabre O, López Fernández JC, Díaz Nicolás, Cabrera Hidalgo A. Factores de riesgo, etiología y pronóstico en pacientes con ictus isquémico y diabetes mellitus. *Rev. Clin Esp. Las Palmas de Gran Canaria.* 2008; 208 (11): 546-50.
41. García Sánchez JL, Jiménez-Saab NG, Guerrero-González J, Elizalde-Barrera CI, Reyna-Ramírez M, Rubio-Sánchez ME, et Al. Hiperleptinemia asociada a evento vascular cerebral isquémico (EVCi). *Gac. Med. México.* 2016; 152:78-86.
42. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, Teasell R. Neurorehabilitación y continuidad en los cuidados tras el ictus. *Neurología (España).* 2010; 25(3):189-96
43. Benito de Araujo Mendoza L, Teixeira Lima FE, Paz de Oliveira SK. Accidente vascular encefálico como complicación de la hipertensión arterial: ¿Cuáles son los factores intervinientes? *Esc Anna Nery.* 2012 Abr-Jun; 16 (2): 340-46.
44. González López JR, Lomas-Campos M, Rodríguez-Gazquez M. Factores de riesgo y eventos cardiovasculares en inmigrantes latinoamericanos adultos en el distrito Macarena, Sevilla, España: estudio piloto. *Rev. Esc Enferm USP* 2013; 47(2):328-34.
45. Razvodovsky Y.E. Fracción de la mortalidad por accidente cerebrovascular atribuible al consumo de alcohol en Rusia. *Addicciones.* 2014; 26(2): 126-33.

AGRADECIMIENTOS:

Al personal de enfermería de la unidad de Neurología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, a la supervisora del servicio y a la Dirección de Enfermería, por facilitar la elaboración de este trabajo y por el apoyo a la investigación y nuevas demandas de enfermería.